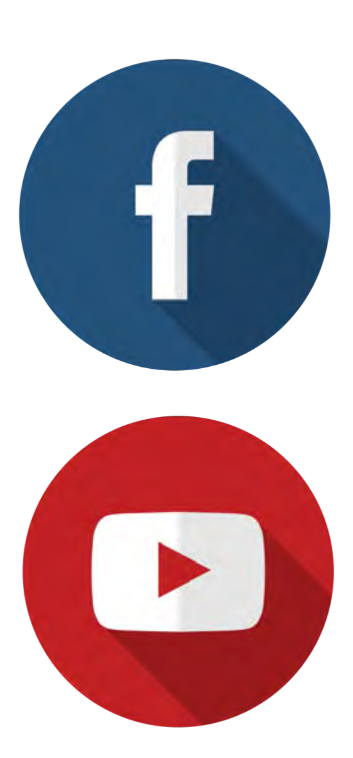
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







FIEVRE Q

La fievre Q(Query=bizarre) est une zoonose de répartition mondiale due a une bactérie :Coxiella Burnetti qui faisait autrefois partie de la famille des rickettsioses.

BACTERIOLOGIE :

-Bactérie intra cellulaire stricte+++ qui a la capacité de se multiplier dans les phagolysosomes(PH acide)des cellules infectées .

-se présente sous forme de petit bacille ne prenant pas la coloration de Gram ;mis en évidence par la coloration Gimenez et dont l'isolement se fait par culture sur milieux cellulaires+++

Remarque :UNE SEULE BACTERIE PEUT PROVOQUER LA MALADIE

-une caractéristique de la bactérie :Variation de phase(perte partielle du LPS)

Les AG de phase II exprimés a l'atat naturel par la bactérie et les AC anti phase II sont élevés lors des infections aigues

Les AG de phase I retrouvés après plusieurs passages en culture cellulaire sont exprimés dans les infections persistantes c'est pourquoi un taux elevé des AC anti phase I sont caractéristiques des infections persistantes .

EPIDEMIOLOGIE :

-Réservoir :pricipalement les mammiféres domestiques et sauvages mais les sources de contaminations humaines =les animaux d'élevage(bovins , caprins, ovins)dans les produits de mise bas , sellles, lait ,urines ,sols....

Autres :chats chiens oiseaux ....

-Transmission :

Voie aérienne+++ :inhalation d'aérosols contaminés

Parfois digestive :lait cru souillé,fromage de chevre non pasteurisé ...

-Répartition :

Maladie cosmopolite prédominant dans les zones agricoles et d'elevage

Sévit durant toute l'année mais surtout printemps et début d'été sous forme de cas sporadiques ou petites épidemies

Touche tous les ages mais prédominance chez l'adulte de sexe masculine et dans certaines professions(eleveurs ,agriculteurs,emplyés d'abattoires,veterinaire,industrie de laine ..)

PHYSIOPATHOLOGIE :

Mal connue mais certainement la bactérie se multiplie dans les phagolysosome des cellules hotes monocytes macrophages ou le PH est acide expliquant en partie l'inactivation des ATB et les difficultés therapeutiques.

Les formes chroniques chez des sujets ayant des anomalies valvulaires ou vasculaires (endocardites) et les terrains d'immunodepression sont favorisants des formes chroniques.

TABLEAU CLINIQUE : **I-fievre Q aigue** :3 tableaux cliniques habituels

1-forme fébrile pure(syndrome pseudo-grippal)

Fievre pouvant prendre differents aspects avec bradycardie(dissociation du pouls) frissons et sueurs

Fiévre prolongée plus de 15jours

Asthénie,malaise ;céphalées frontales et retro orbiatires

Arthralgies,myalgies ,elevation des LDH et CPK

2-forme pulmonaire=pneumopathie intersitielle+++ la plus évocatrice

Fiévre,toux séche+++,quelques rales crépitants uni ou bilatéraux ,douleurs thoraciques

Radiologie :syndrome interstitiel uni ou bilateral dans la région hilaire ou aux lobes inférieurs avec souvent atteinte pleural discréte parfois un foyer unique pseudo pneumonique.

3-forme hépatique=Hépatite aigue

Asymptomatique ou se traduisant par :douleur de l'hypochondre droit,Hépatomégalie discréte et sensible et parfois un ictére

Biologie :transaminases élévées de façon modérée SGPT plus que les SGOT

G-GT augmentés et phosphatases alcalines

Parfois hyperbilirubinemie

Histologie :hapatite granulomateuse

4-autres manifestations :

Cutannées :exanthéme maculo papuleux ou purpurique,erythéme noueux

Méningite lymphocytaire ;encéphalite

Pericardite myocardite ,arthrite splénomégalie ..

II-Fiévre Q chronique :

Evoluant pendant plus de 6 mois(5% cas) les mois ou années suivant la forme aigue

Endocardite :

-principale manifestation de la forme chronique

-survient jusqu'à 20ans après l'episode aigu chez un sujet présentant des facteurs de risque(valvulopathie et ou immunodépression)

-Début progressif=endocardite subaigu

-fiévre modérée souvent avec intervalles d'apyrexie

-Altération de l'état général=asthénie,anorexie,amaigrissement et paleur,sueurs

-apparition ou modification d'un souffle,décompensation cardiaque progressive dans un contexte fébrile .

-hépatoslenomégalie

-autres :purpura hippocratisme hématuries…

-biologie :leucocytose normal leuconeutopénie ou huperleucocytose ,anémie ,thrombopénie VS accélérée et hypergammaglobulinémie.

-echocardiographie :normal ou végétation de petite taille

-A évoquer devant toute endocardite a hémoculture négative !!!!

LE DIAGNOSTIC :

Anamnése :zone rurale-sexe masculin-professions exposée-consommation de produits laitiers ,contact avec les animaux,immunodépression .

Clinique :episode fébrile aigue ou prolongée inexpliqué et ou pneumopathie interstitielle et ou hépatite ;endocardite

Biologie non spécifique :

Leucocytose souvent normale ,leuconeutopénie ou hyperleuco ;thrombopénie et anémie

Elévation des transaminases

Vs accélérée,augmentation des LDH ET CPK

Atteinte rénale,hyperGammaglobulinemie

Présence d'auto AC

Examens spécifiques :

Sérologie+++la plus utilisée par immunofluorescence indirecte

Forme aigue :IgG de phaseII sup a 200 et IgM de phase II sup a 50

Forme chronique :ig G de phase I sup =800

Diagnostic direct (sang,LCR,PBF ,,,)par PCR ou culture sur milieu cellulaire

Traitement :

ATB actifs sur coxiella qui diffuse dans la cellule et dans le phagolysosome et actif a PH acide :

Cyclines ,rifampicine,cotrimoxazole,fluoroquinolones

Indication :

fievreQ aigue :doxycycline 200mg /j pendant 2 a 3 semaines

endocardite :bithérapie doxy200mg/j+hydroxychloroquine 600mg/j pendant 18 a 24 mois alternative doxy+ofloxacine et ou rifampicine et remplacement valvulaire si necessaire

surevillance sérologique jusqu'à 5 ans (Rechute)